

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DU COL DE L'UTÉRUS
A ÉVOLUTION PELVIENNE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Décembre 1931

PAR

Robert-Paul-Marie TINARD

Né le 15 août 1906 à Grandcamp-les-Bains (Calvados)

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, Professeur.....	<i>Président</i>
		TEULIÈRES, Professeur	} <i>Juges.</i>
		LOUBAT, Agrégé.....	
		BEAUVIEUX, Agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, Rue du Peugue

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DU COL DE L'UTÉRUS
A ÉVOLUTION PELVIENNE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Décembre 1931

PAR

Robert-Paul-Marie TINARD

Né le 15 août 1906 à Grandcamp-les-Bains (Calvados)

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, Professeur.....	Président
		TEULIÈRES, Professeur	Juges.
		LOUBAT, Agrégé	
		BEAUVIEUX, Agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, Rue du Peugue

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHE.

PROFESSEURS

MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale in-
Clinique chirurgicale.....	CASSAET.	fantile et orthopédie ...
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique...
que générales.....	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-
Clinique d'accouchements.	CARLES.	ladies des enfants.....
Anatomie pathologique et	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-
microscopie clinique....	SABRAZES.	dicale.....
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et phar-
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	maceutique.....
tologie	PACHON.	Médecine coloniale et cli-
Physiologie	LEURET.	que des maladies exoti-
Hygiène.....	LANDE	ques.....
Médecine légale et déon-	RÉCHOU	Clinique des maladies cuta-
tologie.....	CHELLE.	nées et syphilitiques...
Electroradiologie et clin.	BEILLE.	Clin. des mal. des voies urinaires..
d'électricité médicale..	DUPOUY.	Clinique des maladies ner-
Chimie	MANDOUL	veuses et mentales.....
Botanique et matière mé-	DUPERIE.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...
dicale.....	TEULIERES.	Toxicologie et hygiène ap-
Pharmacie		pliquée.....
Zoologie et parasitologie..		Hydrologie thérapeutique
Médecine expérimentale..		et climatologie.....
Clinique ophtalmologique.		

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie	DUBECO.	Chirurgie générale.....
Technologie.....	DUFOUR.	Obstétrique.....
Physiologie.....	FABRE.	Ophtalmologie.....
Parasitologie et Sciences)	R. SIGALAS.	Dermatologie et syphilogra-
naturelles	GREYX	phie.....
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Chimie générale pharma-
	DAMADE.	ceutique et toxicologie...
	PIECHAUD.	
	DELMAS-MARSALET.	
Maladies mentales.....	PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puériculture
Médecine opératoire	PAPIN	Pharmacie chimique
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....
Ophtalmologie.....	CABANNES	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

Pieux hommage.

A MON PERE

Témoignage de reconnaissance.

A MA FIANCEE

Gage de tendre affection.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRERE

A MA GRAND'MERE

A MA TANTE

A MADAME ROUSSEAU

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES CAMARADES

DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ, DES HÔPITAUX, DE LA MARINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAR
EX-CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

*Nous vous remercions de l'aimable
accueil que vous nous avez toujours
réservé.*

*Vous avez été pour nous le guide
bienveillant qui nous prodigua ses
conseils dans l'élaboration de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAGENDIE
CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

*Nous vous sommes reconnaissant
d'avoir bien voulu nous permettre de
publier une observation qui a été pour
nous d'un précieux appoint.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

ET DE L'ORDRE DE SAINT-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous a toujours témoigné dans
son service un bienveillant et affec-
tueux intérêt : il nous fait aujour-
d'hui le grand honneur de présider
notre thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse
gratitude.*

CHAPITRE PREMIER

VARIETES DE FIBROMES DU COL

DIVISION DU SUJET

Des fibromes peuvent naître de toutes les parties du col, portion susvaginale, portion vaginale, portion intravaginale ou museau de tanche, mais, suivant leur siège et la direction dans laquelle ils se développent, ils présentent des symptômes et une évolution différents et nécessitent des techniques opératoires différentes.

Les fibromes du museau de tanche, certains fibromes, nés sous la muqueuse cervicale, reliés au col par un mince pédicule ou par une large base d'implantation, se développent uniquement dans le vagin ; ils forment la variété des *fibromes du col à évolution vaginale*.

D'autres fibromes, au lieu de descendre dans le vagin, évoluent autour du col dans la cavité pelvienne. Ils naissent le plus souvent de la partie supravaginale du col et se trouvent ainsi, d'emblée, dans l'épaisseur même du plancher pelvien. Ce sont eux que Pozzi a appelés « des corps fibreux pelviens ».

De gros fibromes interstitiels, nés de la portion vaginale ou intravaginale du col, finissant par occuper toute une face ou une portion du col, peuvent aussi se transformer en tumeurs pelviennes.

Ces divers fibromes constituent la *catégorie des fibromes du col à évolution pelvienne*, ce sont eux que nous nous proposons d'étudier dans notre travail.

Ces tumeurs, au cours de leur développement, peuvent

envahir la région isthmique et la partie inférieure de l'utérus ; dans ces cas, il est difficile de déterminer l'endroit où elles ont pris naissance ; comme les fibromes de la région isthmique ont une évolution pelvienne, les considérations que nous émettrons au sujet des fibromes cervicaux leur sont aussi applicables.

Les fibromes du col, bridés dans la cavité du petit bassin, peuvent s'enclaver et être à l'origine d'accidents redoutables, « si, avec Tédénat, nous ajoutons que bien souvent les difficultés opératoires sont considérables », on comprendra l'importance qui s'attache à leur étude clinique et à la technique opératoire.

Négligeant les notions étiologiques et pathologiques analogues à celles des fibromes en général, nous étudions d'abord l'anatomie pathologique de ces tumeurs, insistant particulièrement sur les modifications qu'elles apportent dans les rapports des organes du petit bassin. Nous analysons ensuite les symptômes auxquels elles donnent naissance, ainsi que les différentes étapes de leur évolution. Le diagnostic et le pronostic font l'objet du chapitre suivant. Connaissant les caractères anatomiques et cliniques de ces tumeurs, nous examinons les procédés opératoires qui peuvent leur être appliqués ; comme elles constituent des tumeurs *prævia*, nous indiquons la conduite à tenir dans le cas de fibrome compliqué de grossesse.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le col est moins souvent le siège de fibromes que la région corporéale et il n'est pas sans intérêt de constater que les tumeurs fibromateuses vont en diminuant de fréquence, segment par segment, depuis le fond utérin jusqu'à la portion vaginale du col. La plupart des auteurs imputent cette rareté des fibromes cervicaux à la pauvreté du col en éléments musculaires, les fibres musculaires formant à ce niveau une couche très mince, infiltrée d'éléments conjonctifs très abondants.

Les statistiques concernant ces fibromes ne sont pas concordantes. Selon Schræder, ils constituent 8 % des fibromes utérins, selon Lée 5,4 %. Tédénat a opéré 390 fibromes corporéaux et 12 cervicaux; le Dr Vila, qui a examiné 422 fibromes, n'a observé que 3 fibromes du col. Pour Crousse, ils forment 4 à 5 % des fibromes utérins. On peut admettre, en définitive, le chiffre de 6 %.

Ce sont ordinairement des tumeurs arrondies, lisses, quelquefois bosselées. Elles sont souvent uniques (Von Rabenau, Olshausen) et coexistent quelquefois avec des fibromes du corps (obs. XVII). Leurs dimensions varient de celle d'une orange à celle d'une tête d'adulte. Elles peuvent acquérir un volume très important. Amman a fait l'ablation d'un fibrome pesant 25 livres qui était développé dans le tissu péritonéal de la paroi antérieure. Czempin a cité un cas de fibrome cervical antérieur du poids de 27 livres, Wimmer de 24 livres; nous rapportons un cas de fibrome pesant 4 kil. 500, développé aux dépens de la paroi postérieure du col (obs. VI).

Ils ont une structure identique à celle des fibromes du corps ; ils seraient souvent plus durs, par suite de leur plus grande richesse en tissu fibreux. Ils sont pourvus d'une capsule, les isolant du tissu utérin avoisinant ; cet isolement relatif facilite l'énucléation de ces tumeurs.

Les dégénérescences que nous rencontrons sont les mêmes que pour les tumeurs du corps ; les fibromes cervicaux évoluant vers la cavité pelvienne sont moins exposés aux complications septiques et suppuratives que les fibromes se développant dans le vagin.

Si nous considérons les rapports de ces fibromes avec la paroi utérine, nous pouvons les classer en trois groupes :

Premier groupe. — Les fibromes sous-muqueux. Ils croissent sous la muqueuse, l'étirent et arrivent à se pédiculiser sous forme de polypes ; ce sont les plus rarement observés.

Deuxième groupe. — Les fibromes sous-péritonéaux. Ils sont pédiculés ou sessiles et peuvent remonter très haut dans l'abdomen. Leur siège habituel est le fond de l'utérus.

Troisième groupe. — Les fibromes interstitiels. Ils se développent à l'intérieur de la paroi utérine. Ils sont ordinairement sessiles. Ce sont les plus fréquents et ce sont eux qui, par leur enclavement habituel, entraînent des accidents de compression. Suivant leur siège et la direction de leur développement, ils sont antérieurs, postérieurs, latéraux.

Les fibromes postérieurs sont les plus fréquents ; Schiesselé, dans 14 observations, ne décrit que 4 fibromes venant de la lèvre antérieure. Tédénat note dans ses observations 4 myomes antérieurs, 5 latéraux avec envahissement des ligaments larges, 3 postérieurs dans le Douglas décollé. Legal-Lasalle a pu recueillir 74 observations de fibromes cervicaux, dont 22 se rapportent à des fibromes antérieurs. Dans nos observations, nous trouvons 9 fibromes postérieurs et 6 fibromes antérieurs. Les fibromes de la paroi postérieure du col repoussent l'utérus en avant et en haut ;

comme ils sont souvent médians, l'utérus est repoussé en même temps du côté opposé à leur développement. Les fibromes antérieurs mettent l'utérus en rétroversion ; quant aux fibromes latéraux, ils déplacent l'utérus dans la direction opposée au siège de leur insertion.

L'utérus est souvent extrapelvien, surplombant la tumeur qui le porte véritablement sur son dos (obs. III) ; quelquefois, il occupe son pôle inférieur et est absolument inaccessible (obs. V).

Le col, élevé, dévié, est souvent difficile à identifier. Ordinairement, l'une de ses lèvres est amincie, retirée, falciforme, l'autre forme une masse plus ou moins régulière.

L'augmentation de volume de ces tumeurs et leur croissance excentrique ont pour conséquence logique le déplacement des organes pelviens qui perdent leurs rapports normaux et ce sont des notions dont le chirurgien devra tenir un grand compte, lorsqu'il voudra tenter l'ablation de ces tumeurs.

Les fibromes *antérieurs* repoussent la vessie en avant et en haut ; elle peut atteindre l'ombilic et même le dépasser (obs. VI). Quand elle se remplit, elle est obligée de s'aplatir dans l'espace restreint qui reste libre entre la tumeur et la paroi abdominale. Elle prend la forme d'une cupule et, selon Schauta, « d'une assiette creuse qui serait plaquée sur la face antérieure de la tumeur ». Elle est souvent fixée par des adhérences soit au péritoine pariétal, soit au fibrome ; aussi la déchirure de cet organe est souvent inévitable soit au moment de l'ouverture du péritoine, soit au moment où on le décolle de la tumeur. Dans la majorité des cas, ces fibromes soulèvent le cul-de-sac vésico-utérin qui disparaît ; le péritoine passant directement de la paroi abdominale à la face antérieure du fibrome, il y a formation d'un nouveau cul-de-sac, qu'on peut appeler avec de Rouville « interfibropariétal ». Cette ascension de la vessie produit l'allongement de l'urètre et, d'après le professeur Legueu, « la rétention est d'abord faite de cet allongement ».

Les fibromes *postérieurs*, amenant le col contre la symphyse, compriment la vessie entre la paroi abdominale et la paroi antérieure de l'utérus. Ils peuvent être rétro-péritonéaux, refouler le péritoine du Douglas dont ils se coiffent et venir comprimer la portion ampullaire du rectum contre le massif osseux ; les tumeurs sous-péritonéales se mettent également en rapport avec le rectum ; d'ailleurs, celui-ci conserve ordinairement un calibre suffisant pour remplir ses fonctions. La tumeur peut arriver à atteindre le méso-côlon iliaque et contracter des adhérences avec l'anse oméga.

Les fibromes *latéraux* envahissent les ligaments larges dont ils décollent les feuillets et ils modifient le trajet des uretères ; si le fibrome siège au-dessous de l'endroit où l'uretère croise le col, il sera soulevé, dévié en dehors et appliqué latéralement contre les parois du bassin ; si le fibrome naît au-dessus de ce croisement, il sera alors repoussé vers le bas ; quelquefois le fibrome présente à sa partie inférieure deux sillons dans lesquels passent les uretères (obs. XIII). En augmentant de volume, ils poussent devant eux la vessie et la dévient latéralement.

À droite, la tumeur, en s'élevant, peut rencontrer le méso-cæco-côlon et le mésentère ; elle s'interpose entre les lames de ces mésos et les dédouble ; à gauche, c'est entre les feuillets du mésosigmoïde qu'elle pénètre, le méso-iliaque est dédoublé (obs. IX).

Ces fibromes, antérieurs, postérieurs ou latéraux, peuvent s'étendre sur plusieurs faces et ils modifieront surtout les rapports des organes situés du côté où ils ont acquis le plus grand développement.

Le plexus sacré, le nerf crural, les veines peuvent être comprimés par des tumeurs de gros volume. Quant à l'artère utérine, elle siège généralement au-dessus du fibrome qui la soulève au niveau de sa crosse et la remonte jusqu'au contact du ligament infundibulo-pelvien.

CHAPITRE III

SIGNES ET EVOLUTION

Les fibromes du col peuvent ne pas présenter une symptomatologie spéciale, c'est ainsi que les fibromes de la partie postéro-supérieure du col se comportent très souvent comme des fibromes du corps utérin, cependant, ce qui caractérise surtout les fibromes du col, ce sont les troubles de compression auxquels ils donnent naissance en se développant dans le petit bassin.

Certains fibromes ne se traduisent par aucun signe; leur développement insidieux leur permet d'atteindre des dimensions exceptionnelles et c'est à l'occasion d'accidents légers ou graves ou d'un examen fortuit qu'ils sont découverts (obs. VI).

Le mode de début est variable. Ordinairement ce sont des *troubles menstruels* qui attirent l'attention des malades; certaines remarquent que leur ventre augmente de volume, éprouvent des douleurs d'intensité croissante; assez souvent seuls des troubles urinaires les aiguillent vers le médecin.

Les *troubles de la menstruation* sont généralement moins accentués que dans les fibromes du corps. Les règles sont prolongées de quelques jours, abondantes, parfois douloureuses; dans des cas plus rares nous notons des métrorragies (obs. VIII). Le sang, pouvant se coaguler dans la cavité utérine, est quelquefois éliminé sous forme de gros caillots. Fairbairn a cité une observation où l'on dut intervenir d'urgence. Tédénat a suivi une malade qui mourut en deux heures d'hémorragie. Ces cas semblent peu fréquents. Il peut ne pas y avoir de troubles menstruels (obs. II, IV).

Pour expliquer la moindre abondance des hémorragies dans les fibromes cervicaux, on a remarqué que dans ces tumeurs les lésions de la muqueuse sont minimales; la majorité des fibromes à développement pelvien s'écartent de la muqueuse en se rapprochant de la paroi externe du col et réduisent ainsi leur action irritante. Actuellement Pankoff, Kajé, Forge et Massabiau accordent un rôle prépondérant à la sécrétion ovarienne dans le mécanisme de ces hémorragies.

La *leucorrhée*, l'*hydrorrhée* peuvent exister également mais sont inconstantes; elles sont sous la dépendance des lésions inflammatoires de la muqueuse utérine. Dans notre observation II, les pertes blanches étaient très abondantes et obligeaient la malade à être constamment garnie.

Les *douleurs* s'extériorisent sous forme de pesanteur pelvienne, de tiraillements s'irradiant vers la région lombaire (obs. IX, XIII) et suivant le trajet des sciatiques. Elles s'exacerbent au moment des époques du fait de la congestion de la tumeur. Au moment des règles, on note des coliques, des tranchées utérines traduisant la déformation du canal cervical.

Les signes urinaires peuvent apparaître dans tous les fibromes, qu'il s'agisse de polypes remplissant le vagin ou de fibromes du corps, mais jamais ils ne sont aussi fréquents que dans les fibromes cervicaux. « La vessie, écrit Haultain, est déplacée dans tous ces cas, dans les fibromes de la paroi antérieure par la tumeur elle-même, dans les fibromes de la paroi postérieure par la paroi antérieure. » Legal Lasalle, dans 80 observations, trouve des troubles urinaires 41 fois; Di Chiara, sur 250 fibromes, dans une vingtaine de cas au plus, fait mention de signes urinaires; comme le dit Legueu, « il est vraisemblable que tous les troubles passent inaperçus ou n'attirent pas l'attention dans une observation ou la tumeur, sa situation, les détails de l'opération prennent la première place »,

Dans nos 18 observations, chez 9 malades nous notons des troubles vésicaux.

La miction peut être pénible, s'accompagner de picotements, exiger des efforts infructueux (obs. X et XIV). Les fibromes formant obstacle à l'expansion de la vessie, les malades urinent souvent ; il y a de la *pollakiurie* (obs. IV, V, VI), mais, caractère différentiel avec les cystites, les urines restent claires et ne contiennent pas de pus. La *réten-tion* est quelquefois le seul symptôme pouvant faire penser à une tumeur cervicale (obs. X, XI, XV). Robert Tilden Frank, de l'hôpital du Mont-Sinaï, de New-York, dans son ouvrage « Gynecological and obstetrical pathology » montre que dans 7 à 8 p. 100 des cas, il s'agit de rétention. Harel, dans sa thèse, sur 10 cas, indique 4 cas de rétention, soit 40 p. 100. D'après Hartmann cette complication serait plus fréquente dans les fibromes du corps où on les rencontrerait deux fois et demi plus souvent. La rétention peut être brusque, annoncée par aucun signe vésical ; c'est un fait assez rare. Parfois elle est précédée par une période de distension incomplète, il y a miction par regorgement ; une malade (obs. VI) avait peine à retenir ses urines dans la station debout et les perdait pendant la marche. A un degré moindre de la douleur, de la pollakiurie diurne et nocturne (ou diurne ou nocturne) de la difficulté pour uriner peuvent faire redouter cette complication. La rétention peut évoluer de différentes manières. Les mictions après le cathétérisme peuvent redevenir spontanées et l'épisode aigu se reproduire à des intervalles éloignés. Elle peut s'installer définitivement, devenir chronique, le sondage est nécessaire jusqu'à l'opération. Hartmann a surtout observé la rétention dans les fibromes de la paroi postérieure ayant relevé le col en avant et en haut. Dans les trois cas de rétention que nous rapportons, chez une malade le fibrome était postérieur (obs. X), chez les autres antérieur (obs. XI, XV). Tous ces troubles vésicaux augmentent d'intensité au moment des règles, car il se surajoute un élément congestif ;

cette congestion expliquerait les hématuries pouvant survenir à cette période.

L'infection de ces vessies surmenées s'établira rapidement ; des signes de pylonéphrite et de néphrite lui font suite.

La *compression des uretères* est surtout à craindre quand les fibromes ont envahi les ligaments larges; elle se traduit soit par des troubles d'hydronéphrose, soit par des troubles urémiques : vertiges, céphalées, troubles oculaires, accidents digestifs; une compression bilatérale sera cause d'anurie. Knox a pu réunir 25 cas de compression de l'uretère par fibromes utérins; dans 2 cas, l'origine cervicale de ces tumeurs est précisée; Legal Lasalle dans 80 observations de fibromes cervicaux, ne note dans aucun cas de signes de compression urétérale. Ces accidents semblent donc être d'une extrême rareté. Aucune de nos observations ne les mentionne.

La *compression du rectum* est cause de constipation, elle est surtout accentuée dans les fibromes postérieurs (observation III) ; des signes d'auto-intoxication intestinale peuvent traduire la gêne rectale. Tédénat a noté un cas d'occlusion intestinale qui s'était accompagné de selles sanglantes. Cette grave complication est exceptionnelle, même avec des fibromes de volume important. Le professeur Quérin, dans une de ses cliniques de l'hôpital Cochin, disait qu'il ne pensait pas à la possibilité de l'occlusion dans l'enclavement des fibromes. Pour certains, l'occlusion n'est possible que si « le fibrome est rond, comme la tête d'un enfant à terme et présente exactement les diamètres du pelvis »; cependant, dans de rares cas; il peut se faire qu'elle soit produite par des adhérences existant au pourtour du fibrome; l'intestin fixé par ces adhérences, pourrait se couder, se tordre et être comprimé par un noyau fibreux.

Les douleurs dont nous avons mentionné les caractères traduisent la souffrance des nerfs sacrés; les œdèmes et les varices des jambes, la gêne de la circulation de retour par compression des vaisseaux iliaques.

On a pu observer des phlébites; l'embolie entre pour 23 pour 100 dans la mortalité causée par les fibromes en général.

SIGNES PHYSIQUES. — Aussi longtemps que la tumeur reste pelvienne, l'inspection et la palpation ne nous fournissent aucun renseignement.

Au toucher le col est élevé, dévié, déplacé vers la symphyse dans les tumeurs postérieures, vers le Douglas dans les antérieures, latéralement dans celles ayant envahi un ligament large.

Quand la tumeur reste supravaginale, il peut n'être pas modifié dans sa forme; quand le segment intravaginal du col est occupé par la tumeur, il est effacé, « avalé » (obs. II). L'une de ses lèvres est souvent amincie, étirée, falciforme; l'autre forme une masse difforme. Il peut-être ramolli, entr'ouvert; parfois il y a une difficulté assez grande à découvrir une mince fente (obs. X); dans plusieurs cas de nos observations, le col ne pouvait être localisé (obs. XI, XIII).

Le doigt sent une tumeur plus ou moins volumineuse, bombant dans un ou plusieurs culs-de-sac. Les mouvements que lui imprime la main abdominale sont transmis au col utérin; parfois la tumeur est entièrement immobilisée dans le petit bassin. Au-dessus de cette tumeur, on peut sentir un petit nodule qui représente le corps utérin; il peut faire partie intégrante de la masse dont aucun sillon ne le sépare.

L'hystérométrie, souvent difficile, sera pratiquée avec une bougie urétrale en gomme, quand l'hystéromètre ne pourra être introduit à cause du volume trop important de la tumeur; elle révèle un agrandissement de la cavité utérine; elle mesurait 18 centimètres dans une de nos observations (obs. XVII).

Le fibrome pouvant bomber dans le rectum (obs. III), le toucher rectal permettra d'en préciser les rapports.

EVOLUTION. — La régression de ces tumeurs est exceptionnelle, nous ne l'avons notée dans aucune observation.

Elles peuvent rester longtemps latentes et atteindre un volume important sans occasionner de troubles (obs. IV, V, VI). Au cours de leur évolution, ces fibromes peuvent être la cause d'accidents graves, qui peuvent mettre en danger la vie des malades.

Les pertes sanguines, ménorragies ou métrorragies, en se répétant, peuvent altérer notablement l'état des malades (obs. VIII) ; elles présentent des signes d'anémie, sont pâles, asthéniques, essoufflées au moindre effort.

Les troubles urinaires, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, constituent une complication très sérieuse. Camaret signale dans sa thèse le cas d'une malade qui présentait des signes de pyonéphrose bilatérale : « elle était en état d'infection urinaire, pâle, amaigrie, avec de la fièvre » ; à l'autopsie on trouva un fibrome occupant la région antéro-supérieure du col.

Quand il s'agit de fibromes de gros volume, les douleurs peuvent devenir atroces, résister à toutes les médications, une malade éprouvait des douleurs expulsives semblables à celles du travail (obs. VII).

Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs envahissent la cavité abdominale. Les fibromes de la partie postéro-supérieure du col ont une évolution abdominale rapide. Ces fibromes abdomino-pelviens peuvent être la cause de troubles circulatoires, ils entraînent de l'hypertrophie cardiaque avec ou sans dilatation des cavités ; les malades, après un temps plus ou moins long, deviennent dyspnéiques (obs. XIV), éprouvent de la pesanteur rétrosternale. Même avec des tumeurs de petite dimension, on note parfois des palpitations, de la fréquence du pouls. Bouilly considère ces signes comme des accidents réflexes en rapport avec l'irritation des rameaux nerveux du bassin.

Ces tumeurs sont surtout observées entre 30 et 50 ans. Pendant la grossesse, elles s'hypertrophient, se ramollissent. Elles semblent peu influencées par la ménopause.

Les dégénérescences kystique, calcaire, fibreuse, grais-

seuse sont exceptionnelles; la gangrène, l'infection sont moins fréquentes que dans les fibromes évoluant vers le vagin. Haultain a signalé 2 fibromes cervicaux présentant de la gangrène.

La dégénérescence aseptique, étudiée par Bégouin et Chavannaz est rare; ceci tiendrait à ce que la circulation est bien assurée grâce au voisinage des artères utérines. Elle se traduit par une douleur spontanée et provoquée du fibrome à la palpation, par son ramollissement, par des troubles de l'état général (teint jaune, t. 38°), par l'absence de pertes fétides.

Les fibromes présentent rarement de la dégénérescence sarcomateuse; une statistique de Miller portant sur 10.000 hystérectomies pour fibrome relève moins de 2/100 de sarcomes; Ellice Mac Donald trouve la dégénérescence sarcomateuse seulement dans 1/100 des cas.

Cette dégénérescence sarcomateuse a été signalée par Colles dans un fibrome cervical enlevé par morcellement. Rubeka a vu un fibrome cervical coïncider avec un épithélioma du col.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC

Avant de procéder à un examen, il faut s'assurer de la vacuité de la vessie et du rectum.

Les signes physiques, que nous avons étudiés au chapitre précédent, nous permettent de reconnaître sans peine qu'il s'agit d'un fibrome.

Les pelvi-péritonites n'ont pas la même histoire, on note dans les antécédents une ou plusieurs crises de pelvi-péritonite; la tumeur est douloureuse à la pression; elle est plus diffuse, plus irrégulière et moins ferme que le fibrome.

Une hématoçèle enkystée dans le Douglas peut faire penser à un fibrome de la région postérieure du col; les hématoçèles ont des anamnestiques spéciaux; la consistance est moins dure, les limites moins nettes; quelquefois la tumeur peut être déprimée en un point.

Les kystes de l'ovaire ne sont pas comme les fibromes en continuité avec l'utérus, les mouvements qu'on leur imprime ne se transmettent pas au col; ils donnent souvent une sensation de fluctuation bien spéciale; dans les kystes aréolaires, on peut sentir parfois des masses solides.

Les salpingo-ovarites sont séparées aussi de l'utérus par un sillon; elles se présentent sous la forme d'une masse inflammatoire plus molle que le fibrome utérin; elles sont accompagnées de fièvre et de phénomènes douloureux.

Dans les cas très rares où les malades ont présenté des hématuries, on a pu penser à une tumeur de la vessie; la cystoscopie permet d'éviter cette erreur.

Certains calculs de la vessie, entraînant de la pollakiurie

peuvent atteindre un gros volume. Le cul-de-sac antérieur est occupé par un corps solide, rappelant la consistance des fibromes ayant subi la dégénérescence calcaire.

Les fibromes postérieurs peuvent faire penser à une rétroversion; dans ce dernier cas, par le toucher combiné, on ne trouve pas l'utérus à sa place normale.

Lorsque le diagnostic de fibrome est confirmé, il s'agit de préciser le siège de la tumeur. Devant la pauvreté des signes physiques, connaissant la fréquence des fibromes du corps, souvent le médecin n'envisage pas la possibilité d'une localisation cervicale. Beaucoup de malades se présentent à l'examen médical, seulement quand elles se rendent compte de la tuméfaction abdominale, et on porte alors le diagnostic de fibrome du corps ou du ligament large. Dans certains cas, l'examen permettant de constater l'absence d'une lèvre, on découvre le siège exact de la tumeur. Souvent le corps utérin qui n'a subi aucune modification est pris pour un noyau sous-péritonéal du fibrome. L'exploration radiologique de l'utérus après injection de lipiodol pourrait peut-être aider à découvrir le lieu d'insertion de la tumeur. Une vue de profil montrerait une élongation du canal cervical et une déformation au même niveau provoquée par la saillie du fibrome.

Au dernier Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, G. Cotte a montré que pour le diagnostic des tumeurs pelviennes, l'hystérographie a des avantages « plus théoriques que pratiques » et doit être exceptionnelle. C'est une méthode contre-indiquée en cas de grossesse; les hémorragies, les états infectieux aigus en interdisent aussi l'emploi; c'est enfin une méthode « qui est capable de réveiller des lésions infectieuses anciennes ».

PRONOSTIC. — Le pronostic de ces tumeurs est sévère. Exposées aux mêmes dégénérescences que les fibromes du corps, pouvant présenter les mêmes complications, elles peuvent entraîner des accidents redoutables dus à la com-

pression des organes pelviens. C'est surtout aux reins qu'est le danger. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic qui commande une intervention immédiate; car plus le chirurgien temporise, plus les symptômes menacent de s'aggraver, et plus les difficultés opératoires sont grandes.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

I. — Traitement médical.

Le traitement médical ne diffère en rien de celui des fibromes en général. L'ergot de seigle, le chanvre indien, l'hydrastis canadensis, les médications thyroïdienne et mammaire conservent leurs indications. Les eaux de Salies-de-Bénarn, de Salin-Moutiers, de Balaruc relèvent surtout l'état général.

La radiothérapie, efficace dans les accidents hémorragiques, présente des résultats inconstants; les tumeurs pelviennes, en raison de leur situation profonde, sont difficiles à atteindre par les moyens physiques; cependant Bécclère ne considère nullement que ce soit un obstacle; il faudrait que ces tumeurs soient reconnues assez tôt, avant que se produisent des accidents graves nécessitant la levée immédiate de la tumeur.

Lorsque les fibromes sont très douloureux, on associe les injections vaginales chaudes au repos prolongé. Ce traitement médical peut être tenté chez des malades hostiles à l'opération, présentant un fibrome à lent accroissement ou de faible volume; les lésions cardiaques ou pulmonaires contre-indiquant l'intervention commandent aussi d'y recourir.

Dans tous les autres cas, à cette médication qui est avant tout symptomatique, on doit substituer le traitement chirurgical qui seul agit directement sur le développement de la tumeur.

II. — Traitement chirurgical.

Le traitement médical, grâce aux progrès des techniques opératoires, a cédé le pas à la méthode chirurgicale et désormais on s'attaque à la tumeur elle-même.

Les « ligatures atrophiantes » étudiées par Tuffier en France, la « castration des ovaires » pratiquée dans le but de provoquer une ménopause artificielle représentent des méthodes désuètes.

Avant de se décider pour une technique opératoire, le chirurgien se rendra compte du volume de la tumeur, de sa direction, de sa mobilité, il étudiera la profondeur et la liberté des culs-de-sac.

Les voies vaginale et abdominale ont été employées, toutes les deux; à cause des difficultés que présente l'extirpation de ces tumeurs; la voie abdominale recueille la totalité des suffrages, c'est à l'hystérectomie totale que le plus souvent on devra recourir.

Par la voie vaginale, on a extrait de petits fibromes sous-muqueux, de volume réduit, siégeant dans les lèvres. L'hystérectomie vaginale, perfectionnée par Amussat, Doyen, Péan, Segond, est aujourd'hui délaissée; dans l'ablation de la masse, la fragmentation est pénible, aveugle, expose la cavité utérine à la perforation; elle peut être tentée avec avantage quand le fibrome ne dépasse pas le volume d'une mandarine avec un « utérus facile à abaisser à travers un vagin dilatable ».

La voie abdominale est la plus employée, car elle donne plus de jour et met plus sûrement en garde contre la lésion des organes du voisinage. La myomectomie est une opération exceptionnelle, l'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix.

La *myomectomie* consiste en une énucléation de la tumeur; le noyau fibromateux découvert par l'incision de la capsule est saisi au moyen d'un tire-bouchon ou d'une pince à crochets et est énucléé avec les doigts où des ciseaux mousses. Il faut toujours rester au contact du fibrome pour

éviter d'ouvrir la muqueuse utérine. Dans le cas de fibrome unique, pédiculé, sous-péritonéal, chez une femme jeune à annexes saines, c'est une opération à conseiller, mais ces multiples conditions sont rarement réalisées. Quand la tumeur est volumineuse, profonde, l'utérus peut être dilaté, les organes pelviens lésés; la poche d'énucléation souvent difficile à « capitonner » est exposée à l'hémorragie et à l'infection. La décortication peut être rendue impossible quand le fibrome fait corps avec le tissu utérin. Pour ces diverses raisons, c'est une opération rarement pratiquée.

L'*hystérectomie abdominale totale*, comme le préconise J.-L. Faure, est l'intervention à réaliser dans ces tumeurs qui apportent des modifications plus ou moins grandes dans la forme et la structure du col. Le procédé à employer variera avec le volume, le siège, la direction de la tumeur; le flair chirurgical de chacun lui indiquera le meilleur mode opératoire.

Les grosses tumeurs postérieures s'accommodent bien du procédé ordinaire, le procédé de Doyen n'est utilisable que si l'utérus est mobile et le cul-de-sac postérieur accessible.

Comme il est souvent impossible d'ouvrir le cul-de-sac postérieur, Haultain, Schickelé, Richelot, Jonnesco, ont proposé d'attaquer le cul-de-sac antérieur presque toujours libre (obs. I).

A l'ouverture de l'abdomen, on luxe avec une pince ou un tire-bouchon la tumeur en arrière. Le pincement et la section des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds sont exécutés comme à l'ordinaire. Pour ne pas blesser la vessie, on incise le péritoine très haut et on la décolle prudemment en suivant de près la masse fibromateuse. On pince et on sectionne les pédicules utérins le plus bas possible. Un coup de ciseau transversal réalise l'ouverture de la paroi antérieure du vagin au-dessous du col; on termine aux ciseaux la section circulaire du vagin.

Dans les fibromes de la paroi postérieure du col, Haultain isole d'abord la tumeur en arrière et ne sectionne le

cul-de-sac vaginal antérieur qu'après avoir effectué cette libération. Schickelé la décortique de bas en haut, après avoir enfoncé le tire-bouchon dans la partie de la tumeur située immédiatement en arrière de la section vaginale (obs. I).

Lorsque toute voie d'accès est rendue inemployable par suite de l'enclavement du fibrome dans le petit bassin, lorsque les adhérences sont intimes avec les plans voisins, il faut opérer par *morcellement* (obs. X).

Duret pratique ce morcellement soit par section médiane, soit par tranches, soit par évacuation des cavités kystiques dans les cystofibromes. L'hémorragie est à redouter.

Bégouin, pour atteindre le pôle inférieur de la tumeur, emploie le procédé de *l'évidement*. « De la main gauche, le chirurgien saisit et soulève avec deux pinces de Museux le pôle supérieur du fibrome. Après avoir posé des pinces sur les vaisseaux utérins et utéro-ovariens, il fait une incision circulaire périphérique passant au niveau de la partie la plus inférieure de la tumeur qui soit encore facilement accessible. A partir de cette circonférence, le bistouri décrit des cônes successifs dont le sommet aboutit en bas au centre de la masse fibromateuse, de la même façon que de la pointe d'un couteau, l'on évide la partie gâtée d'une poire. La section terminée, toute la partie supérieure du fibrome est détachée, enlevée; il ne reste plus dans le petit bassin qu'une cupule fibromateuse en entonnoir. Grâce au vide central, il suffit de tirer avec des pinces de Museux sur les bords de la cupule pour voir sa périphérie s'éloigner des parois du bassin et la région des utérines, des uretères et de la vessie devient d'abord aisé. L'ablation de ce moignon fibromateux se fera aussi simplement que celle d'un fibrome banal. »

L'hystérectomie sera pratiquée par un procédé variable suivant les cas.

Quénu conseille de faire l'énucléation de la tumeur avant de commencer l'hystérectomie, surtout si la tumeur n'est pas mobile et si les vaisseaux étalés à sa surface ne peuvent être pédiculisés; lorsque la tumeur ne peut sortir de sa loge,

on taille au bistouri un cône à sommet inférieur comme dans le procédé de Bégouin. Après cette énucléation, « les vaisseaux parcourant la surface du fibrome se ramassent en pédicules étroits et l'uretère qu'ils ne masqueront plus ne sera pas exposé à être pincé, ni à être étranglé dans une ligature ». Dans deux observations (obs. V et VIII), ce procédé a été employé.

Dans toutes ces interventions portant sur le petit bassin, le chirurgien doit toujours penser à une blessure possible de la vessie et des uretères; il doit agir avec prudence pour éviter une lésion de ces organes.

La vessie peut être facilement ouverte (obs. V, IX, XIV) soit à l'ouverture du péritoine, soit au moment du décollement de cet organe de la tumeur. Il faut inciser très haut le péritoine, reconnaître le cul-de-sac vésico-utérin et commencer par séparer cette vessie de la tumeur avec une compresse de manière à avoir bien à nu la face antérieure de la tumeur. Dans les cas difficiles, l'introduction dans la vessie d'un cathéter métallique permet d'en repérer la hauteur et les contours; certains chirurgiens la remplissent de liquide (obs. XII). Si, par hasard, l'incision avait été faite trop basse, la présence de tissu cellulaire abondant et de fibres rouges dans sa profondeur indiquent le voisinage de la vessie et commandent d'attaquer plus haut.

Le déplacement des uretères représente aussi une partie délicate de l'opération. Pour les éviter, il faut raser de près la tumeur, rester dans le vrai plan de clivage, « celui qui est à la surface même de la tumeur ». Schickelé enseigne de rechercher les uretères d'une façon typique en opérant d'avant en arrière, en allant de la vessie que l'on viendra de décoller vers les parties latérales et déclives du bassin.

L'hémostase peut être difficile. La tumeur est parfois traversée par de gros vaisseaux (obs. XVI), il peut se produire des hémorragies nécessitant un tamponnement. La plaie vaginale donne peu de sang, si la ligature de l'utérine porte bien sur le tronc; tous les points qui saignent sont pincés et liés. La suture du vagin arrête l'hémorragie en nappe.

La péritonisation sera soignée. La surface péritonéale décollée est souvent importante. On ramène d'abord les débris du ligament large, les restes du péritoine prérectal et le péritoine vésical puis on fait une péritonisation haute. Bardenhauer et Chaput unissent la « ligne de faite » de péritonisation ligamentaire à l'S iliaque, à son méso et au péritoine pariétal postérieur.

Le drainage obéira aux mêmes indications que dans l'hystérectomie totale pour les fibromes en général; sauf dans des cas exceptionnels, il faudra toujours y recourir. Le drainage vaginal sous-péritonéal avec mèche et drain sera bien souvent suffisant.

Lorsqu'on redoute des phénomènes de suppuration, il sera complété par un drainage à la Mickuliz.

CONDUITE A TENIR DANS LE CAS DE FIBROME DU COL ET GROSSESSE. — Les fibromes du col constituent des tumeurs prævia. Comme tous les fibromes ils s'hypertrophient et se ramollissent surtout pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse; aussi, au moment de la sortie du pôle fœtal, ils pourront, dans certains cas, s'aplatir et ne pas gêner l'évolution du fœtus. L'intervention chirurgicale doit être extrêmement rare au cours de la grossesse et en dehors d'accidents graves, il est complètement indiqué de laisser la grossesse évoluer jusqu'à terme.

En présence de troubles sérieux (phénomènes de compression, hémorragies, anémie progressive, suppuration), on devra intervenir et pratiquer l'énucléation de la tumeur; si elle est impossible, on aura recours à l'hystérectomie totale.

Pendant l'accouchement, nous envisagerons deux cas :

1° Lorsque la tumeur est petite, mobile et ne dépasse pas le volume d'un œuf de poule, l'accouchement se passe généralement sans difficulté. La tumeur subit un mouvement d'ascension, et se lamine sous l'influence du ramollissement.

Il peut être nécessaire de faire une application de forceps ou d'effectuer une version;

2° Si la tumeur est plus grosse, on attend l'apparition des premières douleurs. Les fibromes antérieurs ou latéraux montent en général beaucoup plus rapidement après le début du travail que les fibromes implantés sur la paroi postérieure. Pour les premiers, après deux heures de travail, trois heures au plus, on tente l'intervention; pour les autres, la césarienne est pratiquée après le début du travail. Elle sera suivie d'hystérectomie.

Dans les suites de couche, s'il survient une hémorragie abondante ou un début d'infection, l'hystérectomie est le seul traitement efficace.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Service de M. le Professeur Guyot,
communiquée à la Société de Médecine de Bordeaux,
le 4 novembre 1931.)

Mme D..., 33 ans, de Barsac, entre dans le service du Professeur Guyot, salle n° 3, le 7 septembre 1931, pour hydorrhée et petites ménorragies.

Il y a quatre mois la malade a présenté pour la première fois une hydorrhée abondante qui la mouille brusquement. Ces pertes n'empêchent pas le linge et sont inodores; elles se répètent fréquemment et obligent la malade à être constamment garnie. A partir de ce moment, les règles sont devenues prématurées, 3 à 4 jours avant la date normale; elles durent plus longtemps, 7 à 8 jours, et sont abondantes.

Il y a deux mois, notre malade a éprouvé des douleurs violentes dans le bas-ventre, s'irradiant vers la région lombaire; ces douleurs sont calmées par le repos. Jusqu'au moment de son entrée, elle n'a présenté que de l'hydorrhée et des ménorragies; depuis quelques jours, légère pollakiurie nocturne.

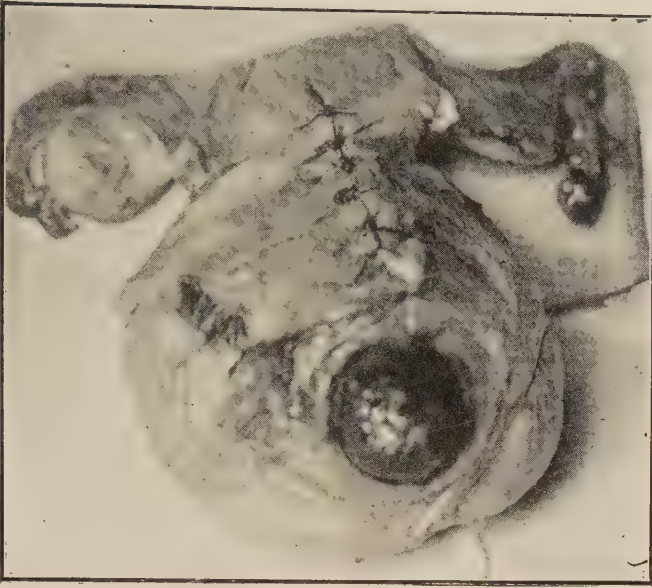
Antécédents : Réglée à 14 ans 1/2; règles douloureuses, régulières, durant 4 à 5 jours. Une grossesse à 31 ans; accouchement par le siège. L'enfant a été nourri au sein. Quelques pertes blanches entre les règles.

Examen : Bon état général, teint bien coloré, léger amaigrissement, pouls bien frappé, urines claires.

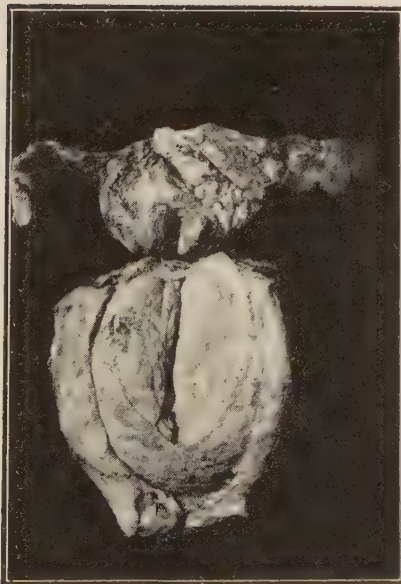
L'inspection ne révèle rien d'anormal.

A la palpation, on sent une masse médiane présentant à gauche un petit fibrome sous-péritonéal pédiculé roulant sous la paroi.

Au toucher vaginal, on tombe sur un col largement ouvert (5 francs), de consistance molle. Par cet orifice sort un polype fibreux non ulcéré qui paraît sessile.



Observation I



Observation II

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse fibromateuse en continuité directe avec le col. L'exploration des autres culs-de-sac est normale.

Appareil respiratoire : Toux légère, quelques ronchus.

Appareil circulatoire : Rien à signaler.

Mx = 14 pression efficace = 10

Mn = 8

Il faut noter des seins positifs; mais la malade a nourri jusqu'à il y a 18 mois.

Un nouvel examen pratiqué le 1^{er} octobre montre que l'utérus n'a pas grossi et permet d'éliminer une possibilité de grossesse. On porte le diagnostic d'utérus fibromateux avec polype intracervical.

Examens de laboratoire : Le B.-W. est négatif. Ni sucre, ni albumine dans les urines. L'examen du sang montre une légère leucocytose.

Opération pratiquée le 9 octobre 1931 par M. Traissac, aidé par MM. Dutrécit et Meyssan. Anesthésie à l'éther Ombredanne.

Hystérectomie totale. Dès le ventre ouvert on constate un volumineux fibrome du col utérin enclavé dans le petit bassin, non adhérent, ayant dissocié en grande partie les ligaments larges. Au niveau de son pôle supérieur, se trouve inséré un corps utérin normal avec ses annexes, corps utérin qu'on avait pris cliniquement pour un fibrome pédiculé sous-péritonéal. Section des pédicules ovariens et des ligaments ronds. La vessie est refoulée en avant. La traction effectuée sur le fibrome à l'aide du tire-bouchon permet de l'extérioriser légèrement et de ligaturer les utérines le plus haut possible, ses rapports avec l'uretère étant complètement transformés. Incision du cul-de-sac vaginal antérieur et iodisation du vagin. La section du vagin au ras du col est complétée de proche en proche vers l'arrière, ce qui permet d'aborder la tumeur par son pôle inférieur. Elle est ensuite énuclée de bas en haut à l'intérieur de sa capsule. Vérification de la brèche vaginale dans laquelle on place une mèche et un drain et que l'on ferme en partie par 2 points latéraux au catgut. Péritonisation facile. Fermeture de la paroi en trois plans avec un petit drain dans le Douglas. Sonde vésicale à demeure.

Suites opératoires : Normales. La température ne dépasse pas 38° et le pouls 108.

Les mèches vaginales sont enlevées le cinquième jour et le

drain le huitième. Ablation des crins cutanés le quatorzième jours.

La malade est sortie le 1^{er} novembre, 21 jours après l'opération.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur Jean Villar.)

Mme L..., 46 ans, obèse, 95 kilos, pas de grossesse, ni de fausse-couche; règles régulières sans ménorragies. Opérée d'urgence à l'hôpital Boursier en 1928 pour abcès appendiculaire, traité par la simple incision et drainage sous anesthésie générale par le docteur Jean Villar.

A ce moment on constate très nettement la présence d'un fibrome utérin et la masse se continue à droite avec la tuméfaction inflammatoire. Cette première intervention s'effectue sans incidents et après trois semaines la malade rentre chez elle en parfait état. Elle reste en bonne santé jusqu'au 15 juin 1930. A cette date, elle a une crise douloureuse violente avec température, 38°5. Réaction péritonéale légère : vomissements, ballonnement du ventre. Souffrances atroces du côté gauche. Son médecin la fait entrer d'urgence à la clinique Darnal où elle est vue le 17 juin par le docteur Jean Villar; température à 38°, pouls 100. L'état général est bon, la malade urine, rend des gaz, va à la selle.

A l'examen : Col haut situé au fond du vagin, et immédiatement au-dessus, il y a une grosse tumeur qui semble avoir « avalé » le col ; cette tumeur est d'une dureté fibromateuse bien médiane ; elle ressemble à un gros fibrome et est peu mobile. Elle se continue à gauche dans la fosse iliaque par une énorme bosselure, dure, adhérente, très douloureuse ; cette bosselure remplit le cul-de-sac gauche et fait corps avec l'utérus.

Dans ces conditions, on pense à un gros fibrome utérin, ayant progressivement avalé le col et compliqué soit d'une nécrobiose d'un noyau gauche, soit de pyosalpinx du même côté. On met la malade au repos, à la glace sur le ventre, aux injections chaudes. On procède à un examen du sang, urée : 0 gr. 30. La formule sanguine est faite par le docteur Piéchaud :

Numération globulaire	Leucocytes	7.300
	Hématies	3.968.000
Formule leucocytaire	Polynucléaires neutrophiles ..	78
	Polynucléaires éosinophiles ..	1
	Lymphocytes	11
	Moyens mononuclés	5
	Grands monuclés à noyau lobé	5
Hémoglobine : 85. Valeur globulaire : $\frac{\text{Hémoglobines}}{\text{Hématies}} = 1,07.$		

L'analyse d'urine ne révèle rien d'anormal.

Le traitement institué fait tomber la température et calme les douleurs.

Un nouvel examen est pratiqué le 27 juin 1930 et fait constater que la tumeur gauche est d'un volume moitié moindre, qu'elle n'est plus douloureuse et que l'utérus est devenu plus mobile. On porte alors fermement le diagnostic de fibrome utérin avec pyosalpinx gauche. La malade, renvoyée chez elle, est mise un mois au repos et à la glace. L'amélioration contrôlée par plusieurs examens se continue. L'état général est tout à fait bon, la polynucléose et la leucocytose étant peu élevées, on décide l'intervention. La malade rentre de nouveau à la clinique Darnal le 24 juillet 1930. A l'examen, on retrouve la grosse masse médiane fibromateuse avec une bosselure sur le fond (qui se révéla être l'utérus), flanquée d'une seconde masse beaucoup moins dure, très peu mobile et non douloureuse sur laquelle on fait glisser très facilement le colon sigmoïde.

L'opération est pratiquée le 26 juillet par le docteur Jean Villar, aidé de MM. Traissac et Maurin, internes. Anesthésie à l'éther Ombredanne par M. Balans. Le médecin de la malade assiste à l'opération. Laparotomie médiane sous-ombilicale, parois très épaisses. On tombe immédiatement sur des adhérences épiploïques à la corne utérine gauche. On les libère et on découvre ainsi la trompe très augmentée de volume, rouge, très adhérente au sigmoïde. Très prudemment, on libère les deux organes, on ne trouve pas de pus et on évite toute blessure intestinale. Section du pédicule utéro-ovarien, du ligament rond, puis de l'utérine gauche. On se porte du côté droit et on libère facilement les annexes qui sont d'ailleurs malades. Section des trois pédicules. Incision du péritoine antéutérin,

mais le décollement est pénible. L'utérus, petit, ne répond pas au volume de la tumeur explorée cliniquement et c'est alors qu'explorant le Douglas, on constate l'existence d'un très volumineux fibrome de la grosseur d'un petit melon, né aux dépens du col, remplissant le petit bassin et se continuant avec l'utérus après rétrécissement en sablier au niveau de l'isthme. On se débarrasse de l'utérus et des annexes et on amarre solidement la tumeur par des pinces et des ériges hélicoïdes. Libération de la face antérieure de la tumeur, puis de la vessie en avant, que l'on découvre, très profonde, rétropubienne. Section au ras de la tumeur de gros pédicules, surtout veineux, latéraux des deux côtés. Section du péritoine postérieur. Tentative d'énucléation qui ne donne rien. Péniblement et à une très grande profondeur, on réussit à libérer complètement la vessie du vagin qu'on ouvre en avant. Iodisation. On continue la section du vagin au ras de la tumeur qui a avalé tout le col. Au niveau des deux commissures, avant de sectionner les ligaments utéro-sacrés, on place deux pinces qui permettent d'obtenir une hémostase parfaite. Hémostase de tous les pédicules. Rétrécissement par deux catguts des deux commissures vaginales. Gros drain vaginal amarré aux deux parois antérieure et postérieure du vagin. On hésite sur la péritonisation possible, mais étant donné :

1° la durée de l'opération et l'obésité de la malade ;

2° les manœuvres au niveau du pyosalpynx gauche vers l'abdomen et l'ouverture du vagin, on décide de placer un mickuliz avec trois mèches et un petit drain abdominal. Fermeture en trois plans avec trois crins doubles extrapéritonéaux. Une sonde de Petzer, placée dans la vessie, ramène de l'urine claire. Mèche iodoformée dans le vagin. Durée de l'opération : 1 h. 20.

Suites opératoires parfaites et d'une simplicité étonnante. La température n'a pas dépassé 37 et le pouls 80. La bénignité des suites doit être rapportée :

1° D'abord à l'autovaccination subie par la malade grâce au pyosalpynx ;

2° A l'hémostase rigoureuse ;

3° A l'emploi du mickuliz et du drainage vaginal. Exécuté le 24 août 1930. Gardant encore un petit trajet pariétal qui guérit complètement en quinze jours.

Revue en octobre 1930 et en janvier 1931, en excellent état local et général.

Examen de la pièce : Enorme fibrome du volume d'un melon

né aux dépens de la partie postérieure du col, sus-vaginal, mais arrivant au ras de l'insertion du vagin, surplombé par un petit utérus avec des lésions de salpingite du côté gauche.

OBSERVATION III (inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur Magendie.)

P. M..., 36 ans, se plaint de pertes de sang.

Depuis deux ans, ses règles se prolongent six à huit jours au lieu de durer deux jours comme autrefois et elles augmentent d'intensité au point de prendre, depuis ses trois dernières époques, le caractère de ménorragies véritables, obligeant la malade à s'aliter pendant cinq à six jours et la laissant dans le sang vingt jours par mois. A plusieurs reprises, écoulements hydropériques. D'autre part, les règles ont toujours été douloureuses, précédées de coliques violentes. Pas de dysurie, ni de fréquence anormale des mictions. Impression de poids constante dans le fondement. Constipation. Aucun trouble du côté des membres inférieurs.

Antécédents : Jamais de grossesse. Quelques pertes jaunes avec des douleurs intermittentes dans le bas-ventre depuis deux ans.

A l'examen : Etat général assez bon (anémie légère, maigre, asthénie). Col normal au spéculum et au toucher, mais très court et surélevé sous la symphyse. Dans le Douglas, tumeur ayant les caractères d'un fibrome régulier, du volume d'un poing, semble-t-il, faisant corps avec l'utérus que l'on sent en avant. On est frappé de la fixité presque absolue de l'ensemble, surtout dans le sens latéral. Pas de douleur, cependant, aux tentatives de mobilisation. La tumeur, bien médiane, bombe modérément dans le rectum. On pense à un fibrome du fond fixé par des adhérences annexielles. L'intervention est décidée.

Opération, le 26 décembre 1930, par le docteur Magendie. Anesthésie à l'éther Ombredanne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On est surpris de trouver un corps utérin petit et d'aspect normal avec des annexes scléro-kystiques, mais audessous de lui, partant du segment inférieur qu'elle hypertrophie de façon extrême, une tumeur fait saillie sous le péritoine postérieur. Régulière, elle a les dimensions d'une grosse mandarine, occupe le Douglas qu'elle remplit et s'insinue de chaque côté dans le ligament large. Elle porte véritablement sur

son dos l'utérus normal. Pincement et section des pédicules utéro-ovariens comme à l'ordinaire et des utérines le plus bas possible au ras de la tumeur. Section du péritoine postérieur et clivage aux ciseaux courbes. Mais, rapidement, on se rend compte que la difficulté du décollement croît à mesure que l'on descend dans le Douglas en arrière de la masse qui empêche la visibilité. On fait alors une sorte de décollation antérieure. Section aux ciseaux courbes de la masse antérieure du col, puis de la lèvre postérieure, très obliquement en bas et en arrière. On tombe alors très rapidement sur le plan de clivage. L'énucléation est faite d'avant en arrière et de bas en haut, en un instant, sans la moindre hémorragie. La lèvre postérieure du col est extrêmement mince et étirée transversalement en même temps qu'elle s'est allongée. On la résèque en partie ; son hémostase nécessite trois ou quatre ligatures Badigeonnage iodé de la cavité cervicale restante qui est transversalement étalée et beaucoup plus vaste que normalement. Suture au catgut des deux portions restantes du col. Péritonisation par-dessus. Drain n° 8 dans le Douglas pendant quarante-huit heures.

Suites : Normales, Exéat le vingtième jour en excellent état.

Examen de la pièce : Fibromyome évident macroscopiquement et non dégénéré, développé au-dessous de l'isthme utérin et dans la lèvre postérieure du col qui s'est étalée et soufflée dans tous ses diamètres pour lui donner asile.

Nous n'avons pas tenté la myomectomie chez cette femme de 37 ans, d'état général médiocre et assez fortement anémiée, car la dilacération de l'utérus nous semblait devoir être trop grande pour réaliser l'ablation de la tumeur. D'ailleurs, pièces en main, l'amincissement de la lèvre postérieure était telle que le capitonnage eût sans doute été impossible sans de gros dangers d'infection ou d'hémorragie.

OBSERVATION IV

(René Crousse, *Bruxelles Médical*, 15 mars 1925).

Fibrome enclavé de la portion sous-vaginale du col. Grand diamètre vertical, 30 centimètres ; le diamètre transversal le plus considérable étant supérieur à celui d'une tête d'enfant à terme.

Malade de 39 ans, quatre enfants dont le plus jeune avait huit ans. Accouchements normaux. Du côté menstruel, rien à

signaler. La malade se plaignait de douleurs vagues dans le flanc gauche (douleurs intermittentes) depuis déjà plusieurs années. Elle souffrait, en outre, d'incontinence d'urine, de pollakiurie et de constipation opiniâtre, mais les phénomènes urinaires dominaient nettement la symptomatologie ; ce sont ces phénomènes qui amenèrent la malade à consulter un médecin.

A l'examen, le doigt vaginal perçoit à 5 centimètres de la vulve une tumeur de forme arrondie non mobilisable. On la trouve, à quelques centimètres de son origine, encerclée transversalement par une bride circulaire qu'on aurait pu prendre pour le col utérin effacé. Il s'agissait en réalité de la paroi vaginale, distendue au niveau du plus grand diamètre transversal de la tumeur. On percevait, d'autre part, par la main abdominale, deux saillies irrégulières, l'une droite, l'autre gauche, remontant dans l'abdomen à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis. Je soupçonnais que l'une de ces saillies était le corps utérin, déplacé lui-même par un second fibrome, interstitiel celui-ci. Le premier, directement perceptible par le vagin, me paraissait être un fibrome sous-muqueux en voie d'accouchement par le cervix.

L'intervention seule rectifia mon diagnostic. La pièce fut enlevée par laparotomie médiane sous-ombilicale (hystérectomie totale). Le temps le plus délicat fut le décollement de la vessie et des urètres pour les écarter de la zone opératoire et permettre l'excision de l'importante collerette vaginale qui coiffait le pôle supérieur de la tumeur. Pour terminer l'intervention, un drainage vaginal et abdominal furent installés. Quinze jours après l'opération, une fistule urinaire s'ouvrit dans le vagin, due vraisemblablement à une nécrose latérale de l'uretère droit qui se produisit à quelques centimètres au-dessus de l'abouchement vésical de celui-ci.

Intervention ultérieure, dont la malade se remit très vite.

OBSERVATION V

(René Crousse, *Bruxelle Médical*, 15 mars 1925).

Fibrome très volumineux développé aux dépens de la portion sus-vaginale du col utérin, face antérieure, déplacement énorme de la vessie.

Malade, 49 ans. Deux enfants dont le plus jeune avait 10 ans. Règles régulières et normales. Cette malade vient con-

sulter pour troubles urinaires éprouvés depuis plusieurs années. Mictions involontaires. Pollakiurie surtout diurne. Les phénomènes urinaires dominaient toute la symptomatologie.

Examen : A l'examen abdomino-vaginal, tumeur légèrement bosselée à la surface, remontant à deux travers de doigt sous l'ombilic. L'utérus est senti nettement refoulé dans le Douglas et immobilisé dans cette situation. L'ensemble de la tumeur est du reste très peu mobile. Le col utérin, fortement effacé, est refoulé en haut et en avant.

Intervention : Incision médiane sous-ombilicale. Grosse masse fibreuse du volume d'une tête d'adulte, impossible à extérioriser même après implantation du tire-bouchon. La masse fibreuse principale est incluse dans le ligament. Elle recouvre les annexes et l'utérus qui sont absolument inaccessibles et occupent le pôle inférieur de la tumeur. Pour éviter la vessie, le péritoine est incisé aussi haut que possible transversalement, dans une région assez voisine du corps utérin que nous ne pouvons atteindre. Le péritoine et la vessie sont intimement adhérents à la face supérieure de la tumeur et sont réclinés progressivement et péniblement vers le bas.

A la cours de cette manœuvre, la vessie est ouverte sur deux centimètres et immédiatement refermée par deux plans en bourse superposés. A la suite de tractions progressives, le corps utérin est amené à portée de la main. Une incision à direction transversale le sépare de la masse fibreuse principale qui englobe le col ; les artères utérines sont pincées et liées secondairement. L'utérus est momentanément abandonné au fond du bassin, encore relié à ses pédicules annexiels, ceux-ci étant difficilement accessibles. Le col utérin est débarrassé de ses attaches vaginales. La masse fibreuse, encore adhérente par ses parties basses à la vessie, est libérée totalement et énucléée avec le col qui en fait partie. Le corps utérin est libéré de ses pédicules annexiels et enlevé. Drainage vaginal. Péritonisation haute. Drainage abdominal. Sonde vésicale à demeure.

Suites normales.

OBSERVATION VI

(René Crousse, *Bruxelle Médical*, 15 mars 1925).

Fibrome de 4 kil. 500 développé aux dépens de la portion sus-vaginale du col utérin, paroi postérieure, et ayant entraîné la vessie jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Malade, 52 ans. Nullipare. Ménopausée depuis un an. A

souffert d'ictère quelques mois avant l'intervention et c'est à cette occasion que le médecin, examinant l'abdomen, a découvert la très volumineuse tumeur dont la malade ignorait l'existence. La malade signala dans son passé des troubles cardiaques et urinaires dont elle n'a jamais parlé à son médecin. La menstruation, toujours régulière et normale, avait pris fin un an auparavant sans provoquer de troubles ménopausiques sérieux. Depuis plusieurs années, la malade avait peine à retenir ses urines dans la station debout. Fréquemment, elles s'échappaient dans la marche. Parfois, la miction nécessitait des efforts qui étaient infructueux. La malade, obèse depuis longtemps, n'avait pas maigri.

Au toucher : Effacement du col. On perçoit, bombant dans le vagin, une tumeur dure occupant tout le petit bassin, remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Tumeur régulière, mais présentant une bosselure du volume du poing, située un peu en dehors de la ligne médiane épigastrique. L'ensemble de la tumeur est mobile.

Opération : Incision médiane sous-ombilicale.

Voulant inciser le péritoine à un centimètre sous l'ombilic, nous pénétrons dans la vessie, amincie, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Fermeture de la vessie en deux plans. Prolongement de l'incision jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'ombilic. La bosselure signalée plus haut est reconnue être l'utérus flanqué des deux ovaires. Pincement et section des deux ligaments utéro-ovariens. Section et ligature des deux ligaments ronds. Incision du péritoine viscéral sur la face antérieure, puis postérieure de la tumeur au niveau de l'isthme. La lèvre inférieure de cette incision se décolle facilement, entraînant avec elle la vessie qui disparaît derrière le pubis. La capsule de la tumeur est alors circulairement incisée au cours de cette incision, le canal cervical constitué par un simple conduit membraneux courant sur la face antérieure de la tumeur est sectionné. Dès ce moment, la totalité de la tumeur se décolle très facilement de sa capsule et est encerclée. Fermeture par capitonnage de la surface cruentée du ligament large. Péritonisation, drainage, fermeture en trois plans, sonde à demeure.

Suites opératoires d'abord normales ; la malade succomba de broncho-pneumonie double huit jours après l'opération.

OBSERVATION VII

(Vanverts, *Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie de Paris*, 1926). — *Fibrome du col.*

Femme de 47 ans, trois accouchements ; le dernier il y a dix-sept ans. Depuis avril 1924, les règles, jusque-là normales, sont devenues plus abondantes ; depuis juillet, pertes sanguines presque continuelles. Au début de novembre de la même année apparaissent des douleurs expulsives semblables à celles du travail.

Examen pratiqué fin décembre. Au toucher, masse dans le cul-de-sac antérieur du vagin. Le doigt pénètre dans la cavité cervicale dilatée et constate l'existence d'une masse fibreuse, sous-muqueuse, sessile, développée dans la paroi antérieure du col et descendant presque jusqu'à l'orifice externe de celui-ci. Il est impossible de reconnaître la limite supérieure du fibrome, car le palper abdominal est très douloureux.

Opération le 30 décembre 1924. Hystérectomie abdominale totale. Les annexes enflammées étaient situées en arrière de l'utérus et étaient adhérentes à celui-ci et au ligament large. Le corps semblait sain. Le fibrome cervical formait une forte saillie qui soulevait la vessie.

Les suites de l'opération furent assez simples.

OBSERVATION VIII

(MM. Dambrin et Bernardbeig, *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1925).

L. J..., 49 ans, entre le 10 mai 1923 dans le service, salle Saint-Louis, n° 22. Cinq enfants. Ménopause à 45 ans ; puis, deux ans plus tard, apparition de pertes blanches et de métrorragies sans aucune douleur ; peu à peu, cet état aboutit à altérer notablement la santé de la malade. Elle se présente alors à notre examen. On trouve à la palpation une tumeur abdominale remontant jusqu'à la région paraombilicale droite. Au toucher on perçoit un col utérin très augmenté de volume, mais les culs-de-sac sont comblés par des masses symétriques et dures réalisant le signe que le professeur Audebert appelle en obstétrique le signe de la « double fluxion. » On fit le diagnostic de fibrome, mais d'une forme particulière développée dans la portion supravaginale du col. Comme le col n'était pas absolument normal, l'hystérectomie totale fut pratiquée.

A l'examen de la pièce on releva une ulcération suspecte du col (l'examen histologique fut pratiqué, nous avons perdu le résultat). A la coupe on voit une vaste zone de sphacèle au au niveau du canal cervical; une autre moins volumineuse dans la cavité utérine.

OBSERVATION IX (résumée).

(De Rouville et Cahen, *Montpellier Médical*, 1919-1920.)

Volumineux fibrome cervical antérieur à développement intraligamenteux et intramésocolique.

Femme 40 ans, 3 accouchements normaux, menstruation régulière. Depuis un an, règles plus abondantes et de durée plus longue que d'habitude (6 jours). Les ménorragies vont s'accroissant depuis un an et depuis cette époque la malade s'aperçoit de la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche augmentant de volume progressivement (douleurs lombo-abdominales).

Examen : Ventre globuleux surtout dans la moitié gauche. A la palpation tumeur intraabdominale, dure, mobile et bien délimitée, ovoïde, à grand axe dirigé de gauche à droite et de haut en bas, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt. Au toucher, col à sa place normale, ramolli, entr'ouvert. Dans le cul-de-sac de Douglas, bombe une autre masse ayant la même consistance. Les mouvements imprimés à la tumeur par la main abdominale sont transmis au col utérin; mais l'inverse n'est pas réalisable, car le col ramolli ne peut transmettre ses mouvements à la tumeur. On pose le diagnostic de fibrome utérin.

Intervention : Le 22 mai 1919. Anesthésie à l'éther goutte à goutte. Ventre difficile à ouvrir en raison d'adhérences du péritoine pariétal à la tumeur. On observe une tumeur émergeant dans le petit bassin, se prolongeant dans le ligament large gauche et jusque dans la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. Au devant de cette tumeur montait une très grande vessie élargie qui lui était très adhérente. L'utérus n'est pas visible. On essaie vainement avec le tire-bouchon d'extérioriser la tumeur; au cours de ces manœuvres l'utérus apparaît gros, sous-jacent à la tumeur qui s'en détache au niveau de la portion supravaginale du col. L'S iliaque adhère à la partie supérieure gauche du fibrome. On ne tarde pas à s'apercevoir qu'il s'agit d'un gros fibrome cervical antérieur

ayant repoussé le péritoine intervésico-utérin et développé entre les deux feuillets du ligament large gauche et du mésocôton iliaque. On énuclée le fibrome en incisant transversalement le péritoine sur la face antérieure de la tumeur et on rabat de chaque côté la moitié correspondante. Mais comme le fibrome s'étend jusqu'au ligament large gauche, on poursuit à gauche cette énucléation. Décollement pénible de la vessie qui est ouverte sur une étendue de 5 centimètres environ.

Hystérectomie de droite à gauche. Suture vésicale soignée. Ligature de tous les pédicules. Suture du feuillet incisé du mésocôlon iliaque. Péritonisation avec l'intestin. Fermeture du ventre en 3 plans sans drainage. Pansement à la teinture d'iode; sonde vésicale à demeure.

Suites opératoires parfaites. La malade a quitté le service trois semaines après l'opération.

Examen de la pièce : Gros fibrome pesant 4 kilogs, tirant son origine de la portion supravaginale du col. Ovaires et ligaments ronds oedémateux. Trompes augmentées de volume.

OBSERVATION X.

Volumineux fibrome de la lèvre postérieure du col utérin, par M. E. Vayssière. Rapporteur, M. Chauvin, à la Société de chirurgie de Marseille du 22 novembre 1926. — In archives provinciales de Marseille et archives franco-belges 1926.

Femme de 34 ans, accouchement il y a quinze ans, suites normales, juin 1915. Augmentation du volume du ventre avec quelques malaises à partir de septembre 1926. Quelques douleurs irradiées vers la face antéro-externe, avec mictions pénibles, comparables aux troubles du prostatisme. A partir du 1^{er} novembre dysurie. Le 15 novembre, rétention totale d'urine. En vain le médecin cherche à évacuer la vessie par une sonde de femme modèle courant; ne pouvant y arriver, il fait appeler le docteur Chauvin qui pratique le sondage après avoir enfoncé profondément une sonde en gomme n° 18.

A l'examen génital, le doigt tombe sur une masse volumineuse, dure, occupant le Douglas et il y a une difficulté assez grande à découvrir une simple fente cervicale, très haut située derrière le pubis et refoulée contre ce dernier.

Diagnostic : Fibrome pelvien, l'intervention s'impose.

Opération : Le 16 novembre par anesthésie rachidienne, 12 centigrammes de syncaïne; anesthésie excellente.

A l'ouverture du ventre, le corps utérin et ses annexes apparaissent surplombant la tumeur; le corps se confond avec elle. La vessie refoulée contre le pubis, forme malgré sa vacuité un bourrelet gênant. Libération facile des annexes, ligature des pédicules à droite et à gauche; détachement rapide de la vessie, mais le pôle inférieur de la tumeur demeure inabordable, fibrome incarcéré dans le petit bassin. En avant le col n'est pas perceptible et on a l'impression que les tractions exercées sur la lèvre antérieure après incision du vagin aboutiraient plutôt à un arrachement de l'utérus. La tumeur cervicale resette toujours bloquée dans le pelvis. On décide de pratiquer une hystérectomie avec morcellement du myome. Pincement des utérines et incision circulaire périutérine englobant le pôle supérieur de la tumeur et section du vagin au ras du col.

L'utérus enlevé avec un tiers du fibrome, le reste de la masse, se décolle facilement et l'intervention se termine sans incidents.

Opérée depuis quatorze jours, la malade a des suites normales et les mictions sont désormais faciles.

OBSERVATION XI (résumée).

(Rufus B. Hall. *J. Am. d'Ob. et Gyn.*, 1924.)

Un cas de gros fibrome interstitiel du col.

Mme A. T..., 44 ans, neuf enfants. Depuis dix-huit mois, douleurs pelviennes et époques menstruelles prolongées; récemment elles ont duré pendant quatorze jours. Consulte le docteur Ellison pour rétention d'urine le 29 décembre 1919.

L'opération est décidée. L'examen montre une tumeur se présentant à la vulve, immobile, remplissant entièrement la cavité pelvienne. A travers la paroi abdominale on palpe le fond de l'utérus et deux petits fibromes situés sur ce fond.

Diagnostic : Gros fibrome de la lèvre antérieure du col.

Opération : Quand la malade fut anesthésiée, l'examen montra que la tumeur était dépourvue de pédicule.

La tumeur fut énucléée. Opération facile.

OBSERVATION XII.

(Christopher F. *Am. J. of Obst. and Gyn.*, 1926.)

Volumineux fibrome du col.

L. C..., 36 ans, pas d'enfants, règles régulières, durant quatre jours, non douloureuses.

Lors de la dernière période menstruelle, elle a eu des pertes abondantes qui se sont prolongées pendant trois semaines en quantité modérée.

A l'examen, on découvre une grosse masse que l'on palpe jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'orifice vaginal; tumeur ronde, ferme, recouverte par la muqueuse vaginale lisse. Col non identifié.

Admise à l'hôpital le 22 novembre 1925.

Opérée le jour suivant.

Incision sous-ombilicale; la traction de l'utérus montra que la tumeur était attachée au col, et immobile dans la cavité pelvienne qu'elle remplissait. On remplit la vessie pour connaître ses rapports avec la tumeur et on la vide. Le péritoine fut incisé autour du col; plan de clivage entre la tumeur et le péritoine. Ouverture du vagin par en haut. Ablation de la tumeur et de l'utérus d'une seule pièce. Fermeture de la voûte vaginale. Schock postopératoire modéré. Une escarrhe du dôme vaginal fut éliminée le dixième jour.

Huit semaines après l'opération, malade en excellente santé.

OBSERVATION XIII.

(H. de Sa. *J. of Obst. and Gyn. of the British Empire*, 1928.)

Three cases of cervical fibroids.

F. M..., 30 ans, mariée à 15 ans. Admise au « King Edward Memorial Hospital » le 26 avril 1926, pour douleurs abdominales et dysurie. Elle sentait dans son abdomen une tumeur qui avait grossi durant ces trois dernières années. Les règles étaient régulières, et duraient quatre jours, mais elles étaient douloureuses.

A l'examen on trouva une tumeur solide remplissant la cavité pelvienne et s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic. Au toucher vaginal, on ne sentait pas le col.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva la tumeur tordue sur son axe. On ne pouvait atteindre le ligament large droit et les annexes droites. Le seul guide pour atteindre le corps qui était situé sur le sommet de la tumeur fut le ligament rond gauche. La tumeur était serrée dans la cavité pelvienne et il n'y avait pas moyen de la manipuler. De gros vaisseaux la traversaient de droite à gauche. Les adhérences péritonéales de la vessie à la tumeur furent coupées avec des ciseaux et la vessie refoulée en bas. On fit une incision transversale sur la tumeur, on ouvrit la capsule et le fibrome fut décapsulé. On fit facilement une hystérectomie totale.

Le fibrome présentait 2 sillons à son pôle inférieur, dans lesquels passaient les uretères.

OBSERVATION XIV.

(H. de Sa. *J. of Obst. and Gyn. of the British Empire*, 1928.)

Three cases of cervical fibroids.

M. P..., 32 ans, nullipare. Entre au « King Edward Memorial Hospital » le 9 janvier 1927 pour douleurs abdominales et pour tumeur de la grosseur d'un utérus à terme. Elle se plaignait de pesanteur abdominale, de difficulté pour uriner, de crises de dyspnée.

Non réglée depuis deux ans : les règles avaient toujours été régulières.

La tumeur que l'on sentait dure et tendue occupait la cavité abdominale; le vagin était allongé; le col situé au niveau de la symphyse pubienne était dévié à droite. Corps utérin repoussé à gauche et plutôt petit, cul-de-sac vaginal droit profond.

Opération le 12 janvier. On eut beaucoup de difficulté, à l'ouverture de la cavité péritonéale, à cause de la vessie qui s'élevait jusqu'à l'ombilic et était adhérente à la tumeur; elle fut abaissée après incision du péritoine. Hystérectomie totale. La vesie, à cause de ses adhérences avec la tumeur, fut blessée et remise en état. Guérison sans incident.

L'utérus et ses dépendances étaient situés à la partie postérieure de la tumeur; le fibrome était développé aux dépens la lèvre antérieure du col.

OBSERVATION XV.

(H. de Sa. J. *d'Obst. and Gyn. of the British Empire*, 1928.)

Three cases of cervical fibroids.

A. S., 50 ans, veuve, admise à l'hôpital le 7 février 1927 pour rétention d'urine et douleurs pelviennes apparues il y a trois mois.

La vessie distendue remontait à l'ombilic, la tumeur se présentait à l'orifice vaginal et montrait une surface ulcérée. On vida la vessie et on s'aperçut que la tumeur remplissait la cavité pelvienne et s'élevait au-dessus de la symphyse pubienne, elle débordait à droite. Au toucher, on ne sentait pas le col. Le cul-de-sac antérieur bombait, le gauche était peu profond, le droit était très profond. L'utérus légèrement augmenté de volume était en rétroversion.

La menstruation avait été régulière jusqu'à il y a cinq ans.

Ces cinq dernières années, elles avaient été irrégulières : règles abondantes apparaissant tous les deux ou trois mois.

Opération le 9 février. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une tumeur remplissant la cavité pelvienne, occupant la lèvre antérieure du col. Après abaissement de la vessie, la capsule de la tumeur fut incisée et on sortit le fibrome facilement. L'utérus fut libéré de ses adhérences. Hystérectomie totale.

Guérison.

OBSERVATION XVI (résumée).

(Docteur Villa. *Semana medica* du 7 février 1929.)

Tres observaciones de fibromas del cuello uterino.

M., 46 ans, Espagnole, entre le 13 mai 1927.

Réglée à 16 ans : règles normales, indolores; quatre grossesses normales.

Maladie actuelle. — Depuis six mois, elle éprouve des douleurs dans la fosse iliaque gauche avec irradiation vers la région lombaire du même côté. Les règles ont continué à venir régulièrement, abondantes, douloureuses. Bon état général.

Examen : Dans la région hypogastrique et dans les fosses iliaques on note la présence d'une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, lisse, mobile dans toutes les directions. Au tou-

cher le doigt se heurte à une tumeur, localisée à la lèvre postérieure. Lèvre antérieure, tendue, rétropubienne. La tumeur se délimite nettement au corps utérin qui est extrapelvien, en antéflexion et occupe le pôle supérieur de la tumeur.

Hystérométrie, 18 centimètres.

Opération : 25 mai 1927. Laparatomie médiane sous-ombilicale. On découvre une tumeur qui occupe toute la cavité pelvienne, repoussant la vessie vers le haut; l'uretère gauche est aussi déplacé en dehors et en haut.

Hystérectomie totale par décollation antérieure. Ligature haute des utérines ménageant bien les uretères. Hémorragie veineuse profuse, arrêtée en partie par des ligatures, en partie par tamponnement. On achève la section vaginale et on draine par cette voie. Péritonisation linéaire basse. Fermeture en quatre plans de la paroi.

Suites opératoires normales.

La pièce pesait 3.200 grammes.

OBSERVATION XVII (résumée).

(Docteur Vila. *Semana medica*, 7 février 1929.)

M..., 32 ans; entre le 27 septembre 1926.

Réglée à 12 ans : règles régulières, abondantes, indolores; trois grossesses normales.

En juin 1926, commencent d'abondantes métrorragies et ménorragies qui s'améliorent en trois mois; les pertes sanguines continuent en petite quantité jusqu'en juillet 1926 et disparaissent sans traitement. Depuis cinq mois la malade note dans son abdomen une tumeur dure et mobile. Abondantes pertes jaunes. Mictions douloureuses. Etat général satisfaisant.

Examen : On palpe dans la région abdominale une tumeur ferme, avec deux noyaux durs paraissant sessiles, l'un à la partie supérieure gauche, l'autre à la partie antérieure; le tout est mobile.

Au toucher, tumeur ronde occupant une grande partie de la cavité vaginale. Lèvre antérieure rétropubienne, laminée. La tumeur siégeant à la lèvre postérieure a le volume d'un œuf d'autruche. A la partie supérieure de la tumeur corps utérin en antéflexion avec les deux noyaux décrits. Cul-de-sac postérieur profond.

Hystérométrie : 18 centimètres.

Opération : 9 octobre 1926. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On observe un utérus extrapelvien, siégeant sur une tumeur qui remplit la cavité pelvienne et distend la partie interne des deux ligaments larges. La vessie est remontée.

Hystérectomie totale par décollement antérieur; opération facile; drainage vaginal. Péritonisation linéaire basse. Fermeture en quatre plans de la paroi.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XVIII (résumée).

(Docteur Vila. *Semana Medica*, 7 février 1929.)

M..., 50 ans, Argentine. Entre le 17 mai 1927.

Réglée à 13 ans; trois enfants, les deux derniers sont jumeaux.

Maladie actuelle. — Depuis deux ans les règles sont plus abondantes. Il y a deux mois est apparue une douleur dans la région lombaire droite qui bientôt s'est atténuée et a complètement disparu. Depuis un mois sensation de pensateur dans le bas-ventre surtout accentuée quand la malade est debout. Elle a présenté de l'incontinence d'urine.

Examen : A la palpation, dans la région hypogastrique et les fosses iliaques, on découvre une tumeur très mobile de la grosseur d'un poing d'adulte. Au toucher : le vagin est envahi par une grosse tumeur développée aux dépens de la lèvre postérieure du col. Lèvre antérieure, mince, rétropubienne. La tumeur porte à son pôle supérieur le corps utérin en rétroflexion.

Opération : 3 avril 1928. Laparotomie médiane sous-ombilicale; on observe une grosse tumeur émergeant de la cavité pelvienne, poussant la vessie vers le haut; elle siège sur la lèvre postérieure du col, elle est sous-péritonéale et intravaginale.

Hystérectomie totale; opération facile.

Suites opératoires : normales.

CONCLUSIONS

I. Les fibromes du col à évolution pelvienne constituent une variété spéciale de fibromes.

II. Ces fibromes, beaucoup moins fréquents que les fibromes du corps utérin, se développent surtout dans la région postérieure du col. Ils sont le plus souvent interstitiels. Ils modifient les rapports des organes pelviens, en particulier de la vessie et des uretères.

III. Leur symptomatologie se caractérise par la rareté relative des hémorragies et la fréquence des troubles urinaires. Au cours d'une évolution parfois insidieuse, ils peuvent entraîner des troubles de compression du côté de la vessie (rétention), des uretères (hydronéphrose), des plexus (douleurs, névralgies).

IV. Le diagnostic de fibrome utérin est facile à porter, la localisation cervicale est souvent méconnue.

V. Le pronostic doit être toujours réservé en raison des troubles de compression et des difficultés opératoires.

VI. Au traitement médical uniquement symptomatique, il faut préférer le traitement chirurgical. La voie abdominale est la plus recommandée. La myomectomie est rarement réalisable. L'hystérectomie totale est l'opération de choix. Lorsque le fibrome est enclavé, le procédé de « l'évi-

dement » rend les plus grands services. Quand ils sont compliqués de grossesse, ces fibromes constituent des tumeurs prævia, il faut savoir attendre et, lorsqu'une intervention s'impose, recourir à la césarienne suivie d'hystérectomie totale.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
GUYOT.

Bordeaux, le 30 Novembre 1931

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur de l'Académie,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BEGOUIN. — Procédé d'hystérectomie abdominale pour fibromes à pôle inférieur enclavé. Procédé de l'évidement. *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1918.
- Traitement des fibromes utérins. Chirurgie ou radiation ? *Gynécologie et obstétrique*, 1925.
- BOUVIER. — Les fibromyomes de l'utérus intraligamentaires. *Thèse Bordeaux* 1901.
- BRANCA. — *Précis d'histologie*.
- CAMARET. — Les fibromyomes du col de l'utérus. *Thèse Montpellier* 1914.
- CHABBAZIAN. — *Thèse Paris* 1882.
- CHRISTOPHER C. — Large fibromyoma of the cervix. Case report. *Am. J. of Obst. and Gynec.*, 1926.
- CROUSSE. — 3 cas de très volumineux fibromes du col utérin. *Bruxelles Médical*, 15 mars 1925.
- DARTIGUES. — Chirurgie conservatrice de l'utérus.
- DÉHAN. — Fibromes du segment inférieur et accouchement. *Thèse Bordeaux* 1923.
- DUBREUILH. — Indications et contre-indications de la radiothérapie des fibromes utérins. *Thèse Bordeaux* 1924.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*.
- FAENE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*.
- HALTY. — Contribution à l'étude des fibromes du col à évolution vaginale. *Thèse Bordeaux* 1931.
- HAREL. — Des fibromes de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. *Thèse Montpellier* 1919.
- HARTMANN et BONNET. — Les troubles vésicaux dans les fibromes utérins. *Gynéc. et Abst.*, Paris 1924.
- HAULTAIN. — A clinical and anatomical study of shirty cervical fibroids removed by abdominal hysterectomy. *Edmburg Medical Journal*, 1907.
- KNOX. — Compression des uretères par fibromyome. *Am. J. Obst.* 1901.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*. 4^e édition.
- LABONNE. — La rétention d'urine dans les fibromes utérins. *Thèse de Bordeaux* 1928.

- LEGUEU. — Des troubles urinaires provoqués par les fibromes du col utérin. *J. d'urologie méd. et chir.* 1912.
- LEGAL, LASALLE. — Des fibromyomes du col de l'utérus. *Thèse Paris* 1914.
- LEJARS. — Notes sur les fibromes cervicaux à développement antérieur. *Ann. Gyn.* 1906, p. 577.
- MINVIELLE. — Troubles de la miction dans les fibromes utérins. *Thèse Paris* 1910.
- MOROSOWA et SAWELUWA. — Etude clinique et anatomo-pathologique des fibromes utérins. *Gyn. et Obst.* 1929.
- MOCQUOT. — Diagnostic radiographique des fibromyomes utérins. Société de chirurgie, séance du 28 mars 1928.
- NEILL W. — Our present attitude towards fibroids tumors. *Am J. of Obst. and Gyn.* 2 août 1924.
- OGANDJANIANTZ. — Contribution à l'étude des fibromes de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. *Thèse Montpellier*, 1920.
- POZZI. — *Traité de gynécologie.*
- PROUST et CHARRIER. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme.
- ROUVILLE (de). — Hystérectomie totale ou subtotale. *Gyn. et Obst.* 1920.
- RUFUS B. HALL. — Un cas de gros fibrome interstitiel du col. *Am. J. of Obst. and Gyn.* 1924.
- SA (H. de). — Three cases of cervical fibroids. *J. of Obst. and Gyn. Brit.* 1928.
- SHICKELÉ. — Etude anatomique et clinique des fibromes du col. *Zeitchr. f. Gebartsch. und Gynaek.* 1914.
- Interventions obstétricales et chirurgicales au cours de l'accouchement. *Gyn. et Obst.*, 1920.
- STROELER. — Fibromes du ligament large. *Thèse Paris* 1902.
- TÉDENAT. — Sur les fibromyomes du col de l'utérus. *Bull. de la Société d'Obst.* Avril 1914.
- TEULIÈRES. — Fibrome et grossesse. *Thèse Bordeaux* 1922.
- VANVERTS. — Fibrome du col utérin. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris.* 1926.
- VAYSSIÈRE. — Volumineux fibrome de la lèvre postérieure du col utérin. *Archives provinciales de Marseille et Archives franco-belges*, 1926.
- VILA et SCHLOSSBERG. — Tres observaciones de fibromas del cuello uterino. *Semana médica.* 7 février 1929.
- VLACHOS. — Occlusion intestinale par fibromyome de l'utérus. *Thèses Paris*, 1922.
- ZWIBEL. — Traitement des fibromes utérins par l'énucléation abdominale. *Thèse Paris*, 1900.
-

ERRATA

- Page 10, *au lieu de pathologiques, lire pathogéniques*
Page 15, *au lieu de rêges, lire règles.*
Page 18, *au lieu de pylénéphrite, lire pyélonéphrite.*
Page 20, *au lieu de dyspnéiques, lire dyspnéiques.*
Page 26, *au lieu de hystéroctomie, lire hystérectomie.*
Page 33, *au lieu de énuclée, lire énucléée.*
Page 35, *au lieu de mononuclés, lire mononuclés.*
Page 35, *au lieu de monuclés, lire mononuclés.*
Page 35, *au lieu de hémoglobines, lire hémoglobine.*
-

Bordeaux, Imprimerie J. BIÈRE. — 1931
